附件2：

单位同意参加选调证明

海城市人力资源和社会保障局：

我单位全额事业工作人员 同志，其本人自愿申请参加2021年海城市卫生健康局公开选调，我单位经研究后同意其参加选调。若其被录用，将配合办理人事、工资、党团关系等调转手续。

该同志自 年 月起在我单位工作至今，期间一直从事 工作，聘任 岗位 级。已进行事业单位工作人员备案，已签订事业单位人员聘用合同。

用人单位（盖章） 主管部门（盖章）

主要负责人（签字） 主要负责人（签字）

年 月 日